



www.AG-KiM.de

Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin

Leitfaden

zum

Aufbau eines Präventionskonzeptes

gegen

sexuellen Kindesmissbrauch in Kinderkliniken

herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin e.V.

Autor: Sylvester von Bismarck

Stand 5/2014

Sexueller Kindesmissbrauch und Kindermedizin

Sexueller Kindesmissbrauch (SKM) gehört zum Versorgungsspektrum jeder pädiatrischen Abteilung. Auch wenn diese Fälle eher selten sind, so werden doch immer wieder Patientinnen und Patienten unter dem Verdacht, Opfer sexueller Gewalt geworden zu sein, vorgestellt, gelegentlich kann ein solcher Verdacht im Zuge einer Diagnostik aufkeimen. Zum Umgang mit einem solchen Verdacht gibt es entsprechende Empfehlungen und Leitlinien, die Kindermedizin ist auf diese Fälle vorbereitet.

Anders sieht es aus, wenn in einem Krankenhaus der Verdacht aufkommt, dass ein Kind dort Opfer eines sexuellen Missbrauchs geworden sein könnte. Kinderkrankenhäuser werden von ihren Mitarbeitern im Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch in erster Linie als helfende und integrale Organisation, aber nicht auch als potentieller Tatort gesehen nach dem Motto „weil nicht sein kann, was nicht sein darf“. Dabei ist das Gefährdungspotential erheblich. Trotzdem haben längst nicht alle Kinderkrankenhäuser ein Präventionskonzept oder ein Regelwerk zum Umgang mit Verdachtsfällen.

Die Erfahrungen von entsprechenden Vorfällen in Kinderkrankenhäusern zeigen, dass ein solcher Vorfall oder auch nur ein entsprechender Verdacht zu einer oft chaotischen, hoch verunsichernden und lähmenden Situation führen kann, die nur mit erheblichem beratenden und unterstützenden personellen wie auch hohem finanziellen und zeitlichen Aufwand wieder beherrschbar gemacht werden kann.

Deswegen lohnt der hier aufgezeigte, zwar zeitintensive, aber doch überschaubare Aufwand zur Schaffung eines guten Präventionskonzeptes wie auch eines geregelten Interventionsplanes, wenn die Prävention denn versagen sollte.

Nach der Aufdeckung von zahllosen Fällen von sexuellem Kindesmissbrauch in schulischen und kirchlichen Einrichtungen in den letzten Jahren sind viele gute und umfassende Empfehlungen zur Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch in Institutionen entwickelt und veröffentlicht worden. Diese Empfehlungen sind für Kinderkrankenhäuser nur teilweise zutreffend und umsetzbar.

Dieser Leitfaden möchte eine Orientierungshilfe bieten, wie in einem Kinderkrankenhaus oder in einer Klinik mit einer pädiatrischen Abteilung ein Präventionskonzept gegen SKM aufgebaut werden kann, welche Faktoren dabei zu bedenken und welche praktischen Schritte empfohlen sind.

Dabei orientiert sich der Leitfaden eng an den Empfehlungen des runden Tisches Sexueller Kindesmissbrauch wie auch an den Untersuchungen und Empfehlungen des Unabhängigen Beauftragten zu Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs und an bereits vorhandenen Präventionskonzepten.

Der hier vorgestellte Leitfaden fußt u.a. auch auf Erfahrungen mit der Erstellung und Verbreitung eines Präventionskonzeptes in einem großen kommunalen Krankenhauskonzern, so dass die meisten der hier empfohlenen Schritte als gangbar geprüft und bestätigt sind.

Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin

Inhaltsverzeichnis:	Seite
1. Fakten und Datenlage	
1.1. Prävalenz.....	2
1.2. Definitionen.....	6
1.3. Mögliche Täter- Opferkonstellationen bei SKM.....	6
1.4. Gesetzeslage.....	6
1.5. Allgemeine Empfehlungen zur Prävention von SKM in Institutionen.....	7
2. Risikoanalyse	
2.1. Identifizierung von Problembereichen.....	8
2.2. Professionelle Nähe-Distanz-Regulation.....	8
2.3. Mehr Sicht auf die kindlichen Patienten.....	8
2.4. Personalauswahl.....	9
3. Mitarbeiterschulung	
3.1. Wissen über SKM.....	9
3.2. Implementierung des trägerspezifischen Präventionskonzeptes.....	9
3.3. Abgrenzung vom Melden von Fehlverhalten zu Denunziantentum.....	10
3.4. Meldemöglichkeiten.....	10
3.5. Unterstützung durch lokale Kooperationspartner.....	10
4. Mitarbeitersensibilisierung.....	11
5. Schriftliche Festlegungen	
5.1. Verhaltenskodex.....	12
5.2. Interventionsstufenplan.....	13
6. Umgang mit Verdachtsfällen.....	14
7. Weitere Maßnahmen.....	15
Literatur und Links.....	16

*Die Gliederung dieses Leitfadens orientiert sich an 7 Schritten zur Verhinderung von SKM:

Step 1: Learn the Facts

Step 2: Minimize Opportunity

Step 3: Talk About It

Step 4: Stay Alert

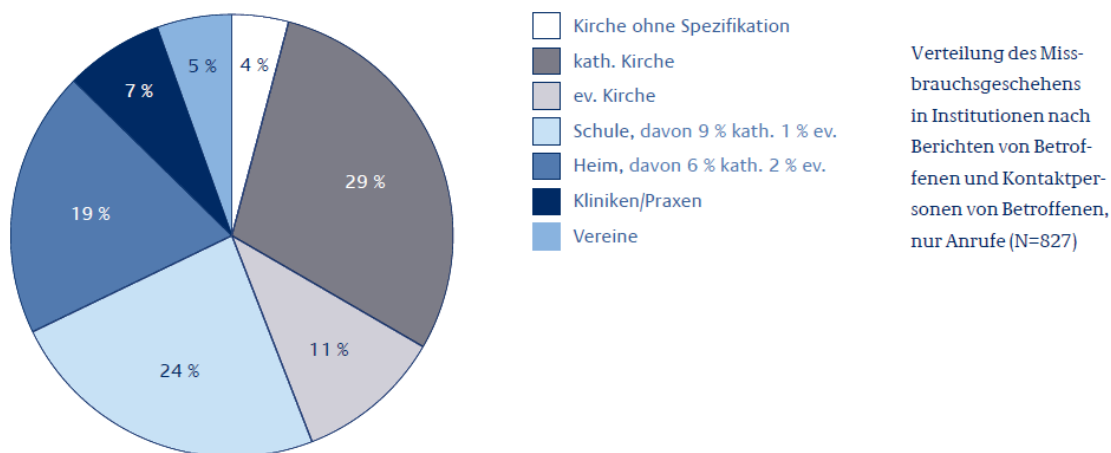
Step 5: Make a Plan

Step 6: Act on Suspicions

Step 7: Get Involved

www.d2l.org

Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin



Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann, April 2011

Das Kinderkrankenhäuser relativ selten von internem sexuellen Missbrauch betroffen sind, liegt vermutlich auch an der kurzen durchschnittlichen Liegedauer von Patienten in Kinderkrankenhäusern, die zeitaufwendigen Täterstrategien zuwiderläuft. Die bekannten Vorfälle sind zum überwiegenden Teil in Klinikbereichen mit einer durchschnittlich längeren Liegedauer wie Abteilungen für chronisch oder psychisch kranke Kinder zu finden.

In den Untersuchungen des unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs werden auf der Präventionsebene deutliche Defizite in Kinderkliniken sichtbar. Das Ergebnis der Befragung ist zwar nicht repräsentativ, aber es sind danach nur wenige Kinderkliniken, die schon Präventionskonzepte zu SKM umgesetzt haben. Hier besteht dringlicher Nachholbedarf.

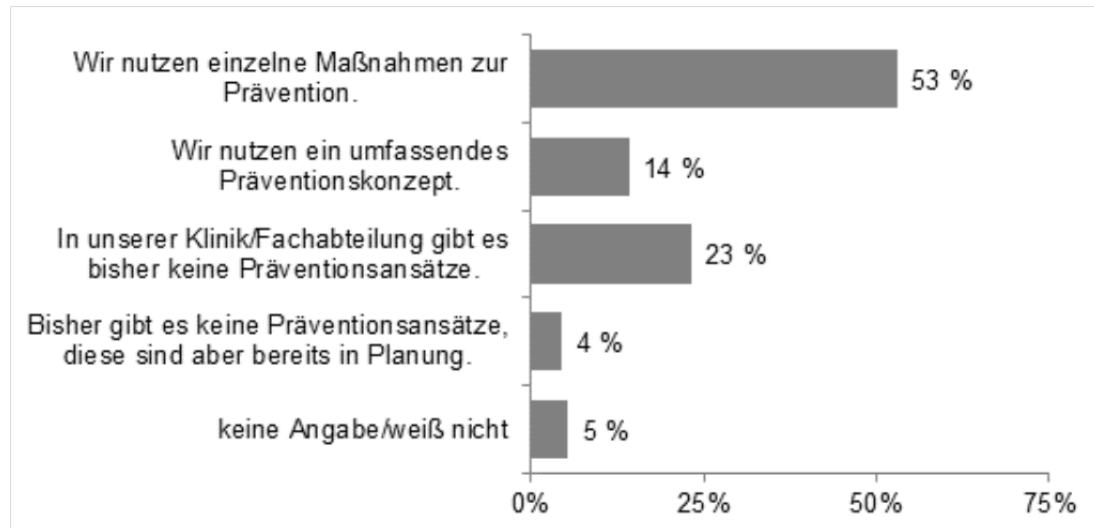
„Sieben von zehn Kliniken/Fachabteilungen (67 Prozent) setzen Präventionsansätze um. Über die Hälfte der Kliniken/Fachabteilungen (53 Prozent) nutzen dabei einzelne Präventionsmaßnahmen. 14 Prozent verfügen über ein umfassendes Präventionskonzept. Weitere 4 Prozent der Kliniken/Fachabteilungen planen ihre Einführung. Etwa ein Drittel der Kliniken/Fachabteilungen (31 Prozent) verfügt darüber hinaus über einen Kodex. Verbreitet wird er am häufigsten über Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (44 Prozent). In 70 Prozent der Einrichtungen ist er Thema in Teambesprechungen. Zudem wird er häufig in Mitarbeitergesprächen (51 Prozent) und Einstellungsgesprächen (55 Prozent) thematisiert. Bei etwa jeder vierten Klinik/Fachabteilung (28 Prozent) ist der Kodex Bestandteil von Arbeitsverträgen und wird von hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unterschrieben (26 Prozent). Bei einem Drittel der Kliniken/Fachabteilungen (33 Prozent) ist er Teil des Leitbildes. Des Weiteren hat über die Hälfte der Kliniken/Fachabteilungen eine Ansprechperson für das Thema benannt. Ansprechpersonen für Beschäftigte (63 Prozent) sind in Kliniken/Fachabteilungen häufiger zu finden als jene für Kinder, Jugendliche und deren Eltern (53 Prozent). Ansprechpersonen werden häufiger auf Klinikebene als auf Trägerebene benannt. Die Kontaktdaten werden sowohl Kindern und Jugendlichen (44 Prozent) sowie deren Eltern (48 Prozent) zugänglich gemacht. Die Hälfte der Kliniken/Fachabteilungen (51 Prozent) bietet ihren Beschäftigten Fortbildungen an. eben den Themenkomplexen Intervention

Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin

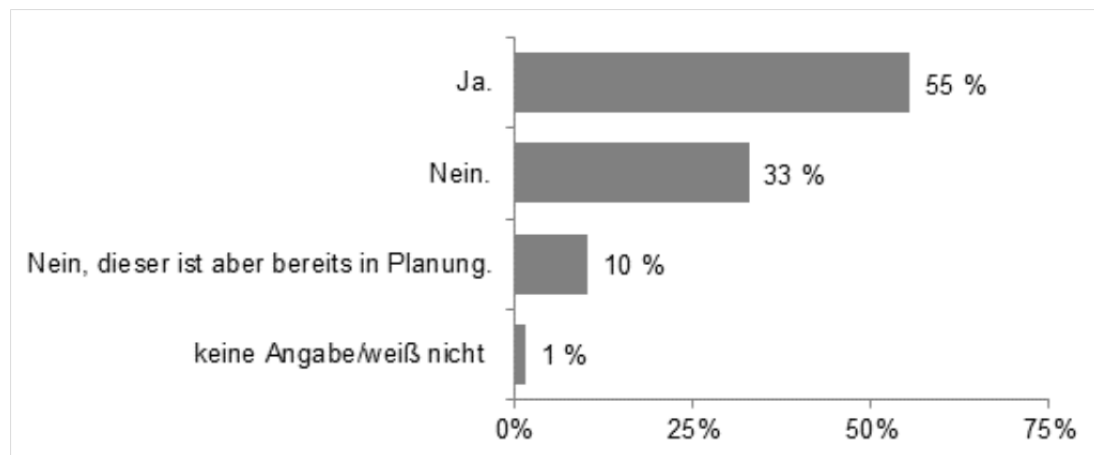
(84 Prozent) und Prävention (72 Prozent) werden rechtliche Fragestellungen (59 Prozent) am häufigsten thematisiert.

Über die Hälfte der Kliniken/Fachabteilungen (55 Prozent) verfügt über einen Handlungsplan. Am häufigsten werden in den Plänen die Themenkomplexe Einschaltung von Dritten (95 Prozent), Sofortmaßnahmen (93 Prozent) sowie Dokumentation (92 Prozent) behandelt. Eine langfristige Aufarbeitung von (Verdachts-)Fällen (24 Prozent) und die Rehabilitation von unschuldig Verdächtigten (20 Prozent) sind in jedem fünften Handlungsplan geregelt.“

Nutzen Sie in Ihrer Klinik/Fachabteilung Ansätze zur Prävention von sexualisierter Gewalt? (N=134)



Gibt es in Ihrer Klinik/Fachabteilung einen Handlungsplan bei (vermutetem) sexuellem Missbrauch? (N=135; Mehrfachantworten)



Bundesweite Befragung in Einrichtungen zu Schutzkonzepten: Monitoring der Empfehlungen des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“, 2. Erhebungswelle 2013, Bereich Kliniken und Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche, Grundgesamtheit 570, Stichprobengröße (netto) 531, auswertbare Fragebögen 137, Rücklauf in % 26. Aus dem Monitoring zum Umsetzungsstand der Empfehlungen des Runden Tisches Sexueller Kindesmissbrauch (2012-2013), Zwischenbericht der 2. Erhebungswelle 2013 (August 2013)

1.2. Definitionen

„In Theorie und Praxis werden neben dem Begriff „sexueller Missbrauch“ zahlreiche weitere Bezeichnungen wie „sexuelle Gewalt“, „sexueller Übergriff“, „sexuelle Belästigung“, „sexuelle Ausbeutung“ oder „sexualisierte Gewalt“ verwendet. Je nach Kontext, Profession oder Disziplin werden dabei unterschiedliche Akzente in und mit den Begrifflichkeiten gesetzt.

Sexueller Kindesmissbrauch wird in der psychologisch-psychotherapeutischen Kategorisierung durch folgende Kennzeichen charakterisiert:

- 1) eine sexuelle Handlung,*
- 2) die mangelnde Einfühlung in das Kind (Grenzüberschreitung),*
- 3) eine Abhängigkeitsbeziehung,*
- 4) die Bedürfnis- und Machtbefriedigung beim Täter,*
- 5) das Gebot der Geheimhaltung und*
- 6) die Ambivalenz der Gefühle des Kindes.*

also ein Täter eine Situation bewusst ausnutzt, um auf Kosten eines Kindes durch eine sexuelle Handlung die eigenen Bedürfnisse zu befriedigen, ist das sexueller Missbrauch.“

Abschlussbericht Runder Tisch Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich vom 30. November 2011

Der Umfang der medizinisch erforderlichen Maßnahmen am teilweise oder vollständig unbedeckten Kind, insbesondere im Genital- und Analbereich, ist in Kinderkliniken aufgabenbedingt erheblich. Eine Abgrenzung zwischen Behandlung, Pflege und Diagnostik gegenüber einem sexuellen Kindesmissbrauch ergibt sich dabei in erster Linie durch die sexuelle Motivation des Handelnden.

1.3. Mögliche Täter- Opferkonstellationen bei SKM

Neben der Möglichkeit, dass kindliche Patienten von Krankenhauspersonal sexuell missbraucht werden, muss auch die Möglichkeit eines Missbrauchs durch kindliche oder jugendliche Mitpatienten (peer to peer) wie auch die Möglichkeit der sexuellen Belästigung und des sexuellen Missbrauchs von Krankenhauspersonal durch kindliche oder jugendliche Patienten in Präventionsüberlegungen einbezogen werden.

1.4. Gesetzeslage

In einigen Bundesländern sind Kinderkrankenhäuser durch entsprechende Regelungen der Landeskrankenhausgesetze zu Maßnahmen verpflichtet, die Patienten vor sexuellem Missbrauch und Gewalt schützen sollen. So sind z.B. nach § 3 Abs. 4 des Berliner Landeskrankenhausgesetzes (LKG) die besonderen Belange einer kinder-, jugend- und behindertengerechten Versorgung in Krankenhäusern zu berücksichtigen.

1.5. Allgemeine Empfehlungen zur Prävention von SKM in Institutionen

Die erforderlichen Maßnahmen im Zuge eines Präventionskonzeptes für Einrichtungen sind in den Empfehlungen des runden Tisches aufgelistet. Diese Maßnahmen sind auch schon in zahlreichen Institutionen wie kirchlichen Einrichtungen, Schulen und Sportvereinen beispielgebend umgesetzt.

Der runde Tisch empfiehlt folgende Mindeststandards in drei Handlungsebenen:

„Grundlage der Mindeststandards sind die drei Handlungsebenen

Prävention, Intervention, langfristige Aufarbeitung und Veränderung.

Diese drei Ebenen werden als notwendige Elemente eines adäquaten Qualitätsentwicklungsprozesses der Träger angesehen. Sie müssen zentrale Bausteine eines Schutzkonzeptes vor sexualisierter Gewalt sein.“

„Die Implementierung folgender Mindeststandards und den entsprechend damit verbundenen Verfahren soll nachgewiesen werden:

1. *Vorlage eines trägerspezifischen Kinderschutzkonzeptes*
2. *Implementierung von kinderschutzorientierten Personalentwicklungsmaßnahmen*
3. *Erstellung einer einrichtungsinternen Analyse zu arbeitsfeldspezifischen Gefährdungspotenzialen und Gelegenheitsstrukturen*
4. *Implementierung von Beteiligungsformen für Kinder und Jugendliche*
5. *Implementierung eines internen und externen Beschwerdeverfahrens*
6. *Vorlage eines Managementplans bei Verdachtsfällen*
7. *Hinzuziehung eines/einer externen Beraters/Beraterin bei Verdachtsfällen*
(z. B. Fachkraft für Kinderschutz)
8. *Implementierung eines Dokumentationswesens für Verdachtsfälle*
9. *Durchführung themenspezifischer Fortbildungsmaßnahmen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch externe Fachkräfte.“*

Abschlussbericht Runder Tisch Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich vom 30. November 2011

In Akut-Kinderkrankenhäusern ist hierbei die unter Punkt 4 aufgeführte Beteiligungs-Implementierung von Kindern und Jugendlichen bei ständig wechselnden Patienten und kurzer Liegedauer nur eingeschränkt umsetzbar.

2. Risikoanalyse

(„Minimize Opportunity“*)

2.1. Identifizierung von Problembereichen

In Kinderkliniken besteht in solche Situationen ein höheres Gefahrenpotential für SKM, in denen Patienten besonders bei pflegerischen, diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen im Anal- und Genitalbereich mit Krankenhauspersonal alleine und von weiteren Personen unbeobachtet sind. Eine erhöhte Gefährdung besteht in Klinikbereichen mit aufmerksamkeits- oder bewußtseinsreduzierten Patienten wie Intensivstationen, Operations- und Aufwachräumen sowie auf Stationen mit einer längeren Liegedauer wie solche für chronisch und psychisch kranke Patienten und in regelmäßig personalreduzierten Zeiträumen wie in Nachtdiensten.

Statistisch werden 90% des SKM von Männern, 10% von Frauen verübt.

2.2. Professionelle Nähe-Distanz-Regulation

In Kinderkrankenhäusern braucht es im professionellen Umgang mit kindlichen Patienten immer wieder auch körperliche Nähe vom Personal zum Patienten zum Beispiel zum Vertrauen schaffen oder Trösten. Umso wichtiger ist es, dabei eine funktionierende Nähe-Distanz-Regulation des medizinischen Personals auszubilden und einzufordern, in der Grenzverletzungen erkannt und Grenzüberschreitungen nach Möglichkeit vermieden werden.

2.3. Mehr Sicht auf die kindlichen Patienten

In vielen modernen Krankenhäusern sind bereits bauliche Maßnahmen erfolgt, um auch aus Sicherheits- und Präventionsgründen eine bessere Einsehbarkeit von Behandlungsräumen wie von Patientenzimmern zu erreichen. In der Praxis zeigt sich, dass diese Einsichtsmöglichkeiten häufig verhängt sind oder geschlossen werden, weil die Patienten und deren Angehörigen damit ihren berechtigten Anspruch auf persönliche Intimität auch im Krankenhaus umsetzen wollen. Ein nachträglicher umfassender Einbau von technischen Einsichtsmöglichkeiten in Behandlungs- oder Patientenzimmern zur Prävention von SKM im Krankenhaus bedeutet einen erheblichen Investitionsbedarf und ist nur begrenzt wirkungsvoll.

Sinnvoll ist dagegen ein verpflichtendes Mehraugenprinzip, damit kindliche und jugendliche Patienten in einer potentiell missbrauchsprädestinierenden Situation möglichst nicht mit einem Krankenhausangestellten alleine sind. Ein generelles Mehraugenprinzip bei allen Maßnahmen am kindlichen Patienten ist in Anbetracht der Finanzsituation, der Arbeitsabläufe und der Personalstruktur in Kinderkrankenhäusern nicht möglich.

Bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen im Intimbereich ist dagegen ein Mehraugenprinzip dringend empfohlen. Häufig ist dabei ohnehin ein Elternteil oder Angehöriger anwesend, sonst ist die Anwesenheit eines weiteren Krankenhausmitarbeiters, der den Zweck seiner Anwesenheit verantwortungsbewusst erfüllt, zu fordern und anzustreben. In den USA werden Mitarbeiter im Rahmen einer Chaperone-Policy („Anstandsdamen“) dazu besonders aus- oder weitergebildet. Eine solche Ausbildung hat sich bisher in Deutschland nicht etabliert.

2.4. Personalauswahl

Eine gezielte Personalauswahl kann zwar eine spätere Missbrauchstäterschaft nicht ausschließen, allerdings können potentielle Täter, die sich Zugang zu Kindern über ihr Arbeitsumfeld verschaffen wollen, durch entsprechende Maßnahmen abgeschreckt werden. Dazu ist von allen neu einzustellenden Mitarbeitern, die mit Kindern regelmäßig arbeiten werden, nach den gesetzlichen Vorgaben im Vorfeld ein erweitertes Führungszeugnis einzufordern. In Absprache mit dem lokalen Betriebsrat sollte das erweiterte Führungszeugnis im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten auch von allen mit Kindern beschäftigten Bestandsmitarbeitern sowie ehrenamtlichen Beschäftigten abgefordert werden. Auch wenn die Anzahl an belasteten Führungszeugnissen dabei erfahrungsgemäß fast null ist, so zeigt doch eine solche Maßnahme nach außen und innen die besondere Aufmerksamkeit, die diesem Thema von Trägerseite her gewidmet wird. Zusätzlich sollte das Bestreben des Trägers auf Missbrauchsprävention in Bewerbungsgesprächen gezielt zum Ausdruck gebracht werden. Ebenso sind Zusatzvereinbarungen zum Arbeitsvertrag wie Ehrenerklärungen eine Möglichkeit einer klaren Trägerpositionierung gegen SKM.

3. Mitarbeiterschulung

(„Talk About It“*)

3.1. Wissen über SKM

Um Mitarbeiter für die potentielle Möglichkeit eines Missbrauchs im Krankenhaus zu sensibilisieren ist eine gezielte und breit angelegte und wiederholte Fortbildung dringend erforderlich. Dabei sollte neben allgemeinem Wissen über sexuellen Missbrauch auch Kenntnisse über Tätercharakteristika sowie –strategien und Beispiele für eine professionelle Nähe-Distanz-Regulation vermittelt werden.

3.2. Implementierung des trägerspezifischen Präventionskonzeptes

Ein Missbrauchspräventionskonzept sollte unter breiter Mitarbeiterbeteiligung entwickelt und in sinnvoll dimensionierten Schulungen vorgestellt und ausführlich erläutert werden. Es muss auch dem Mitarbeiterschutz vor falschem Verdacht oder ungerechtfertigter Beschuldigung dienen. Zusätzlich ist es im Zuge einer solchen Weiterbildung sinnvoll, auf ein -sofern vorhanden- Leitbild einzugehen sowie darin erwartete Verhaltensweisen und Umgangsformen insbesondere mit Bezug auf das Präventionskonzept zu erklären und zu bewerben.

3.3. Abgrenzung vom Melden von Fehlverhalten zu Denunziantentum

In Zusammenhang mit SKM ist es besonders wichtig, den Krankenhausmitarbeitern zu verdeutlichen, dass das Melden von grenzüberschreitendem Verhalten auch von Kollegen keineswegs unsolidarisch, denunzierend oder kooperationsklimaschädlich, sondern professionell sinnvoll und erforderlich ist, schadensbegrenzend sein kann und mittelfristig stressreduzierend wirkt.

3.4. Meldemöglichkeiten

Neben der Meldemöglichkeit an Vorgesetzte, Vertrauenspersonen oder andere schon vorhandene oder einzurichtende institutionalisierte Ansprechpartner innerhalb eines Krankenhauses (Frauenbeauftragte, Missbrauchsbeauftragter, Patientenfürsprecher,...) muss es möglich sein, dass Meldungen über einen Verdacht auf SKM auch anonym abgegeben werden können. Dazu ist eine melderanonymisierende arbeitgeberunabhängige Meldemöglichkeit wie eine Ombudsperson oder ein internetgebundenes Whistleblower-System einzurichten.

3.5. Unterstützung durch lokale Kooperationspartner

Die Erstellung eines Missbrauchspräventionskonzeptes und die Mitarbeiterschulungen sollten nach Möglichkeit durch örtliche Fachberatungsstellen aus dem Missbrauchspräventionsbereich fachlich unterstützt werden.

Darüber hinaus ist eine Absprache oder eine prophylaktische vertragliche Verpflichtung mit einer Fachberatungsstelle zur Unterstützung einer Intervention für den Fall eines aufkommenden Verdachts dringend zu empfehlen.

4. Mitarbeitersensibilisierung

(„Stay Alert“*)

Im kollegialen Rahmen wird immer wieder selbst wiederholtes Fehlverhalten übersehen oder im Zuge einer falschverstandenen Solidarität sogar toleriert. Auch die Chronologien von entdeckten schweren Missbrauchsfällen in Kinderkrankenhäusern zeigen, dass Mitarbeitern meist schon länger bestimmte Ungewöhnlichkeiten im Verhalten der zum Tätern gewordenen Kollegen aufgefallen waren, diese aber häufig als Schrollen belächelt, als banal abgetan oder schlicht verschwiegen wurden, ohne dass weitere Maßnahmen ergriffen worden waren.

Dementsprechend muss im Zusammenhang mit SKM ein wiederholt auffälliges oder verdächtiges Mitarbeiterverhalten im Team besprochen werden, um ggf. weitere Schritte einzuleiten.

Insbesondere Versuche eines Mitarbeiters, sich der Geheimhaltung eines Fehlverhaltens durch Kollegen zu versichern oder persönliche Geheimnisse mit Patienten zu teilen, sind dabei verdächtig.

Schon bei grenzverletzendem oder grenzüberschreitendem Verhalten eines Mitarbeiters muss dieses thematisiert und abgestellt oder gemeldet werden.

Darüber hinaus sollten alle Mitarbeiter sensibilisiert werden, gegen eine auch in Kinderkrankenhäusern immer wieder vorkommende medizinisch nicht erforderliche Entblößung von Patienten aktiv vorzugehen, da auch hier ein Gefährdungspotential für SKM besteht. Ein Beispiel dafür ist das regelmäßige fast vollständige Entkleiden von Kindern im Vorfeld, aber längere Zeit vor Beginn einer Untersuchung.

5. Schriftliche Festlegungen

(„Make a Plan“*)

5.1. Verhaltenskodex

Die Haltung des Krankenhausträgers zu SKM muss zielgruppenadäquat deutlich gemacht und nach Möglichkeit schriftlich festgelegt werden. Diese Haltung sollte in einen einrichtungsindividuellen Verhaltenskodex einfließen, in dem die geforderten oder vereinbarten Mitarbeiterverhaltensweisen formuliert werden. Um eine bestmögliche Akzeptanz zu gewährleisten, sollten alle Berufsgruppen bei der Erstellung eines Kodex beteiligt werden.

Es bietet sich an, diesen Kodex in Form einer laminierten Taschenkarte an die Mitarbeiter auszuhändigen. Auf der Rückseite können zusätzlich die zuständigen Ansprechpersonen oder Umgangsweisen bei Verdachtsmomenten abgedruckt werden.



The image shows a laminated pocket card titled "Vivantes Umgangs- und Verhaltenscodex". The card features the Vivantes logo and a list of behavioral guidelines. The text is presented in alternating light and dark grey boxes. At the bottom, it identifies the organization as "Vivantes Netzwerk für Gesundheit" and the date as "Stand 09/2013".

Vivantes Umgangs- und Verhaltenscodex 

Wir sind respektvoll und höflich zu PatientInnen wie zu MitarbeiterInnen und sind uns dabei unserer Verantwortung füreinander bewusst.

Wir wahren eine professionelle körperliche und emotionale Distanz zwischen PatientInnen und MitarbeiterInnen. Das gilt auch für den Umgang zwischen MitarbeiterInnen.

Wir erklären unseren PatientInnen im Vorfeld, was an oder mit ihnen gemacht wird.

Wir achten das Schamgefühl unserer PatientInnen auch dann, wenn sie nicht selber darauf achten.

Wir entkleiden unsere PatientInnen so wenig wie möglich und nur soweit, wie es aus pflegerischen, diagnostischen oder therapeutischen Gründen unbedingt erforderlich ist.

Bei pflegerischen, diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen im Intimbereich von PatientInnen ist nach Möglichkeit eine weitere Person im Raum anwesend.

Unsere minderjährigen PatientInnen werden bei pflegerischen, diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen im Intimbereich nach Möglichkeit durch gleichgeschlechtliches Personal betreut.

Wir tolerieren kein grenzverletzendes oder übergriffiges Fehlverhalten von MitarbeiterInnen, stattdessen thematisieren wir es, spätestens bei Wiederholung melden wir es.

Wenn wir Verletzungen des Codex bemerken, beziehen wir aktiv und professionell Position dagegen.

Vivantes
Netzwerk für Gesundheit Stand 09/2013

Beispiel für einen Verhaltenskodex: Taschenkarte mit Vivantes-Verhaltenscodex (©Vivantes Berlin)

5.2. Interventionsstufenplan

Zum Umgang mit Verdachtsfällen ist ein Plan zu erstellen, der u.a. festlegt, wer bei einem Verdachtsfall welche Aufgaben übernimmt, wie ein mögliches Opfer umgehend geschützt werden kann, wer wen und wann informieren muss und was mit einem beschuldigten Mitarbeiter geschehen soll. Ebenso muss festgelegt werden, ab welchem Verdachtsgrad (Grenzverletzung/ Grenzüberschreitung/Missbrauch) dieser Plan in Kraft tritt und wie mit den anderen Vorfällen umgegangen werden soll.

Bei einer Grenzüberschreitung reicht u.U. ein Mitarbeitergespräch, zusätzlich ist eine Teambesprechung und Teamschulung sinnvoll, um künftig Grenzverletzungen und Grenzüberschreitungen zu vermeiden.

Welche Aspekte ein Handlungsplan berücksichtigen sollte:

Maßnahmen	Zentrale Fragestellungen und Inhalte
Vorgehen bei Verdachtsfällen	<ul style="list-style-type: none"> • Wie gehe ich mit dem Bekanntwerden eines Verdachtsfalls um? • Wer ist in einem solchen Fall in meiner Organisation zuständig? • Wer sollte informiert werden? • Inwieweit ist die Einrichtungsleitung einzubinden?
Sofortmaßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Maßnahmen ergreife ich zum sofortigen Schutz des Kindes? • In welchem Fall ist eine Beurlaubung des/der beschuldigten Mitarbeiters/in ratsam? • Welche Unterstützungsmaßnahmen können für andere Mitarbeitende oder Kinder und Jugendliche angeboten werden, um das Erlebte zu verarbeiten?
Einschaltung von Dritten	<ul style="list-style-type: none"> • Wann sollte das Jugendamt hinzugezogen werden? • Welche Fachberatungsstellen können bzw. sollten kontaktiert werden? • Wann ist die Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden notwendig?
Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Informationen sollten bei einem (Verdachts-)Fall sexualisierter Gewalt festgehalten werden? • Wie sind die einzelnen Stufen des Handlungsplans zu dokumentieren? • Welche Vorlagen zur Dokumentation können bereitgestellt werden?
Datenschutz	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Informationen dürfen innerhalb der Organisation weitergeleitet werden? • Welche Informationen dürfen zu welchem Zeitpunkt nach außen gegeben werden? • Inwieweit sollten die Erziehungsberechtigten hinzugezogen werden?
Aufarbeitung bzw. Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Unterstützungsleistungen können für Betroffene seitens der Organisation angeboten werden? • Welche Maßnahmen sollten zur Rehabilitation von zu Unrecht Verdächtigen eingesetzt werden? • Wie können (Verdachts-)Fälle langfristig aufgearbeitet werden?

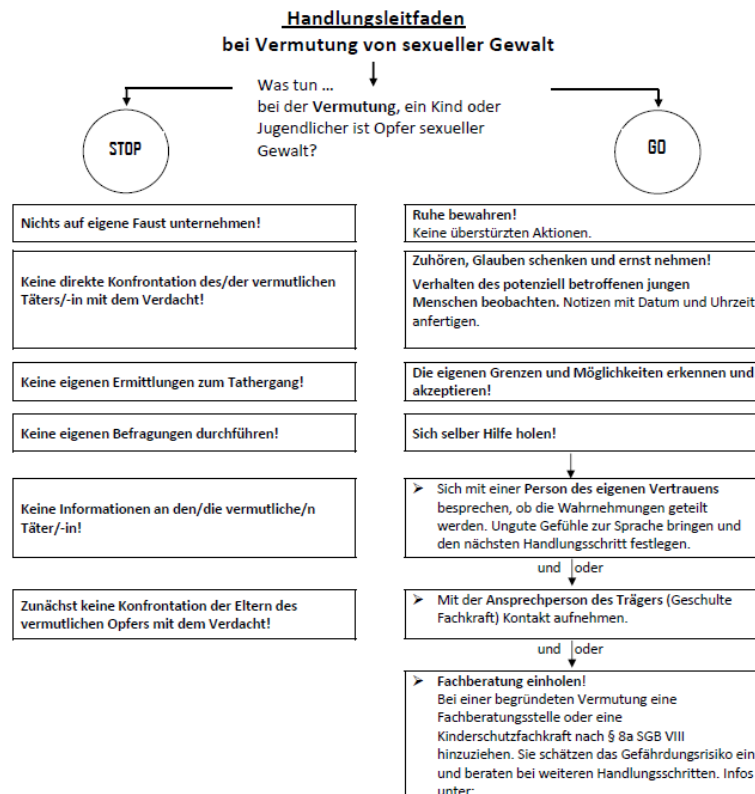
Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (Hrsg.), (2013): Handbuch Schutzkonzepte sexueller Missbrauch, Befragungen zum Umsetzungsstand der Empfehlungen des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“, Bericht mit Praxisbeispielen. 2013. Berlin

Bei der Interventionsstufenplanerstellung müssen auch die Fragen der Einbeziehung der Personalabteilung, der Mitarbeitervertretung oder des Betriebsrates und der Pressestelle des Trägers bedacht und ggf. geregelt werden. Es bietet sich an, SKM in eine Liste der besonderen Vorkommnisse aufzunehmen, für die in der Regel besondere Meldepflichten innerhalb einer Institution bestehen.

6. Umgang mit Verdachtsfällen

(„Act on Suspicions“*)

Wichtig ist, dass Mitarbeiter ausreichend geschult werden, um bei einem Verdachtsfall von SKM besonnen und unter Zuhilfenahme von entsprechenden Leitfäden vorgehen zu können.



Beispiel Handlungsleitfaden: <http://ber-ev.de/download/BER/04-mitglieder/kinderschutz/verhaltensregeln-bistum-aachen>

Bei Aufkommen von Verdachtsmomenten von SKM durch Mitarbeiter sollte der Vorfall von einem vom Träger festgelegten Team eingeschätzt und das Ausmaß der zu ergreifenden Maßnahmen im Rahmen des Interventionsplanes vorläufig festgelegt und dann den Erkenntnissen laufend angepasst werden. Dieses Team muss über eine ausreichende trägerspezifische Sachkenntnis verfügen und sich im Zweifelsfall frühzeitig durch eine Fachberatungsstelle beraten lassen. Dazu ist eine vorsorgliche vertragliche Vereinbarung mit einer erfahrenen spezifischer Beratungseinrichtung für SKM sinnvoll.

Der Umgang, die Befragung und Untersuchung eines möglichen Opfers erfolgt nach den entsprechenden Leitlinien für sexuellen Missbrauch und nach Möglichkeit mit Unterstützung durch eine etablierte, erfahrene Fachberatungsstelle.

Der betroffene Mitarbeiter muss angehört werden und sollte je nach Schwere des Vorwurfes in Absprache mit der Personalabteilung und ggf. der Mitarbeitervertretung auch zu seinem eigenen Schutz zunächst bis zur Klärung der Vorwürfe freigestellt werden, ihm ist im Rahmen der Unschuldsvermutung eine Rechtsberatung anzubieten.

Die Befragungen sind ausführlich und nach Möglichkeit im Wortlaut in geeigneter Form zu dokumentieren.

Zu der Frage, ob und wann die zuständige Polizeidienststelle bzw. die Staatsanwaltschaft eingeschaltet werden muss, wird auf eine entsprechende Broschüre des Bundesministeriums der Justiz verwiesen. In diesem Zusammenhang müssen auch der Opferwille und die Opferrechte besondere Beachtung finden.

http://www.hilfeportal-missbrauch.de/fileadmin/user_upload/Informationen/uebersicht_sexueller_missbrauch/Verdacht_auf_sexuellen_Kindesmissbrauch_in_einer_Einrichtung.pdf

7. Weitere Maßnahmen

(„Get Involved“*)

Um alle Krankenhausmitarbeiter über SKM und die bestehenden oder erstellten Konzepte, Pläne und Leitlinien informieren und nachhaltig schulen zu können, sind aller Erfahrung nach eine ganze Serie von Informationsveranstaltungen erforderlich. Dazu ist ein umfassendes Angebot von regelmäßigen und wiederholten Fortbildungen zu SKM, die auch für alle neuen Mitarbeiter verpflichtend sein sollten, wichtig.

Trotz erheblichem personellem und organisatorischem Aufwand zur Erstellung eines Präventionskonzeptes und der notwendigen Schulungen zur Implementierung kann kein 100% Schutz vor SKM erreicht werden.

In Kliniken, in denen nicht ausschließlich Kinder und Jugendliche behandelt werden, sollte das Präventionskonzept zu sexuellem Missbrauch von Kindern auch die Prävention von sexueller Gewalt gegenüber Erwachsenen einbeziehen und kann damit Teil einer Institutionskampagne für Recht und Achtsamkeit werden.

Wissenschaftliche Untersuchungen zur Inzidenz von SKM in Kinderkliniken wie auch zur Wirksamkeit von Präventionskonzepten sind für die Zukunft wünschenswert.

Literatur, Links und Quellennachweise

www.rundertisch-kindesmissbrauch.de

<http://beauftragter-missbrauch.de/course/view.php?id=164>

<http://www.kein-raum-fuer-missbrauch.de/kampagne/materialien>

Handlungsleitfäden und –linien, Interventionspläne, Beispiele für Ehren-/Verpflichtungserklärungen

[http://www.bdkj.info/fileadmin/BDKJ/bdkj-dioezesanstelle/Downloads/Handlungsempfehlung_2. Auflage Korrektur incl. Einleger neues BKischG.pdf](http://www.bdkj.info/fileadmin/BDKJ/bdkj-dioezesanstelle/Downloads/Handlungsempfehlung_2._Auflage_Korrektur_incl._Einleger_neues_BKischG.pdf)

http://www.erzbistum-koeln.de/export/sites/ebkportal/thema/praevention/_galerien/download/Praevention_von_sexualisierter_Gewalt.pdf

<http://www.diakonieverbund.de/uploads/Materialien/handlungsleitfaden.pdf>

http://www.dicv-rottenburg-stuttgart.caritas.de/aspe_shared/form/download.asp?nr=377125&form_typ=115&acid=E6883EE7247940B99403FCD005465AD8D41A&ag_id=8357

http://www.drk.de/fileadmin/Presse/Dokumente/drk-standards_schutz_vor_sexualisierter_Gewalt_2012.pdf

http://www.der-paritaetische.de/uploads/tx_pdforder/broschuere_schutz-sexuelle-gewalt_web.pdf

<http://ber-ev.de/download/BER/04-mitglieder/kinderschutz/verhaltensregeln-bistum-aachen>

http://praevention.landeskirche-hannovers.de/dms/praevention/downloads/elvka_leitlinien_rz/elvka_leitlinien_web_rz_2701.pdf?1327765837

<http://www.ebfr.de/html/media/dl.html?i=21181>